

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

288

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacqueline HALLOT-BOYER, née LORTON

Née le 7 janvier 1917, à Paris (XIII^e)

Présentée et soutenue publiquement le 11 JUIL 1942 19

LE CHANCRE MUQUEUX
GINGIVO-JUGAL
LÉSION
D'INVASION TUBERCULEUSE

Président M. Robert DEBRÉ, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **HALLOT-BOYER.**

Nom de jeune fille: **LORTON**

Prénom : **Jacqueline.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

HALLOT-BOYER, née LORTON
(**Jacqueline**). — Le chancre mu-
queux gingivo-jugal. Lésion
d'invasion tuberculeuse. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1942,
in-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. (Et.), Paris*
1942, N°.....)

HALLOT-BOYER, née LORTON
(**Jacqueline**). — Le chancre mu-
queux gingivo-jugal. Lésion
d'invasion tuberculeuse. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1942,
in-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. (Et.), Paris*
1942, N°.....)

HALLOT-BOYER, née LORTON
(**Jacqueline**). — Le chancre mu-
queux gingivo-jugal. Lésion
d'invasion tuberculeuse. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1942,
in-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. (Et.), Paris*
1942, N°.....)

HALLOT-BOYER, née LORTON
(**Jacqueline**). — Le chancre mu-
queux gingivo-jugal. Lésion
d'invasion tuberculeuse. —
Paris, Imp. R. Foulon, 1942,
in-8°, 47 p.

(*Thèse Médec. (Et.), Paris*
1942, N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jacqueline HALLOT-BOYER, née LORTON

Née le 7 Janvier 1917, à Paris XIII^e

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

LE CHANCRE MUQUEUX
GINGIVO-JUGAL

LÉSION
D'INVASION TUBERCULEUSE

Président M. Robert DEBRÉ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29

1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	
BONNET	Bactériologie	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BROUET	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.	
COSTE	Pathologie	médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	
DELARUE	Anatomie	pathologique.
DELAY	Pathologie	médicale.
DESGREZ (H.)	Physique.	
DESOILLE	— Médecine légale.	
DIGONNET	Obstétrique.	
DOGNON	Physique.	
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	
GARCIN	Pathologie	médicale.
Mlle GAUTHIER-		
VILLARS	Anatomie	pathologique.
DE GENNES	Pathologie	médicale.

MM.		
HAGUENAU	Pathologie	médicale.
LACOMME	Obstétrique.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.	
LAVIER	— Parasitologie.	
LELONG	Pathologie	médicale.
LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
LENEGRE	— Pathologie	médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
MARCHAL	Pathologie	médicale.
MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie	médicale.
MOUQUIN	Pathologie	médicale.
PATEL	Pathologie	chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.	
RICHET	Physiologie.	
SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
SICARD	Pathologie	chirurgicale.
SOULIE	Pathologie	médicale.
SUREAU	Obstétrique.	
TURPIN	Pathologie	médicale.
WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		
ALGLAVE	Pathologie	chirurgicale.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	
GUENIOT	Obstétrique.	
HEITZ-BOYER	Pathologie	chirurgicale.

MM.		
HUGUENIN	Anatomie	Pathologique.
LE LORIER	— Obstétrique.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.	
PIEDELIEVRE . . .	Médecine légale.	
VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
H... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

En gage de ma grande affection et en témoignage de ma reconnaissance pour la tendre sollicitude dont il m'a toujours entourée.

A MON MARI

En souvenir de nos années d'études communes, avec toute ma tendresse.

A MA FILLE

A MA BELLE-MERE ET A MES BEAUX-PARENTS

*Qui m'entourent de leur précieuse affection.
En hommage affectueux.*

A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Clinique Médicale des Enfants
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profonde
gratitude pour l'enseignement
si précieux qu'il nous a dispensé
et dont nous garderons le souve-
nir reconnaissant.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TROISIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOIDIN.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE.

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMY.

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL.

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

INTRODUCTION

Dans la très grande majorité des cas l'expression clinique de l'invasion tuberculeuse, chez l'enfant, est aux poumons. C'est là que les rayons X viennent déceler le premier foyer; que celui-ci soit découvert par hasard ou que l'attention ait été plus fortement attirée par une fièvre prolongée ou un accident évocateur comme l'érythème noueux.

Quelques observations de chancres initiaux tuberculeux de la peau sont cependant rapportées çà et là par certains auteurs entre autres MM. DEBRE, J. MARIE et MALINSKI; LELONG, BERNARD, etc...

Par contre l'inoculation muqueuse par le bacille de Koch, si elle fut très souvent invoquée lors de théories pathogéniques sur l'infection bacillaire, n'a été que beaucoup plus rarement décrite. Les cas d'inoculation génitale, de l'enfant, lors de la circoncision ou de l'adulte, à l'occasion du coït, ne sont encore que des curiosités.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de réunir quatre observations recueillies dans le service du professeur

DEBRE relatives à des chancres muqueux tuberculeux initiaux, à siège gingivo-jugal. Cette localisation pose en effet d'intéressants problèmes, diagnostiques d'une part, pathogéniques d'autre part et comporte peut être un pronostic particulier. Enfin la fréquence relative de ces manifestations leur donne un intérêt pratique.

OBSERVATION I

Le petit Marcel Z..., âgé de 6 ans est hospitalisé à l'Hôpital Hérold le 16 juin 1939 pour une tuméfaction sous-maxillaire avec fièvre.

Le début remonte à une huitaine de jours. Il s'est manifesté par l'augmentation de volume de la région sous maxillaire gauche, avec fièvre élevée à 39° mais sans douleur et sans angine.

A l'examen on constate l'existence d'une volumineuse odénopathie occupant la région sous-maxillaire et la région carotidienne gauche, formée de ganglions inégaux, fermes et parfaitement indolores. La bouche est examinée par le spécialiste qui trouve de nombreuses caries dentaires, et la radiographie montre la destruction probable d'une partie de la racine de la deuxième molaire supérieure. Le stomatologiste conclut à un adéno-phlegmon expliqué par l'éruption des molaires de 6 ans au niveau desquelles il y a des lésions gingivales assez marquées.

On fait à l'enfant une injection de 1/2 cc. de propidon qui est suivi d'une chute de la température à 37° et d'une diminution de volume de la tuméfaction.

La formule sanguine montre une hyperleucocytose 15.400 dont 70 % de polynucléaires.

Cependant le 2 juillet on découvre, au niveau du collet de la deuxième molaire supérieure gauche une ulcération petite, peu creusante avec un bord légèrement dé-

collé et un fond propre et dont l'enfant ne se plaint absolument pas.

D'autre part la cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive le 17 juin alors que, le 1^{er} juin elle était déclarée négative au dispensaire d'OPHS rue Clouel, où l'enfant est suivi régulièrement. Par contre une radiographie pulmonaire, faite dans le service, donne une image thoracique normale et qui reste telle à cinq examens successifs pratiqués jusqu'à la mort de l'enfant.

Le 12 juillet on râcle l'ulcération gingivale et on émulsionne le produit de râclage dans de l'eau physiologique et on l'inocule au cobaye. Le même jour on ponctionne l'adénite sous maxillaire et on ensemente directement 1 cc. de pus sur six tubes de milieu à l'œuf asparagine.

Pendant les mois de juillet et d'août les lésions persistent sans changement : la température est subnormale avec des clochers à 38°, l'état général est satisfaisant.

Cependant 36 jours après l'inoculation du prélèvement gingival, les deux cobayes réagissent fortement à la tuberculine. On les sacrifie respectivement les quarante-cinquième et soixantième jour. Leur autopsie montre un abcès au point d'inoculation, des ganglions satellites hypertrophiés, caséifiés et des lésions discrètes de tuberculose sur tous les organes. Le caséum des ganglions sous-lombaires est ensemené directement sur milieu de Löwenstein, nous reviendrons ultérieurement sur les résultats des cultures.

Brutalement, à la fin du mois d'août l'état de l'enfant se transforme. Il devient somnolent, grognon, se plaint de la tête; très rapidement il vomit, présente des

irrégularités du pouls et de la respiration, un certain degré de raideur. La fièvre s'allume. La ponction lombaire pratiquée le 5 septembre confirme le diagnostic de méningite bacillaire qui emporte l'enfant le 17 septembre, trois mois et demi après le début de la maladie.

OBSERVATION II

La petite Christiane R..., 9 ans, est hospitalisée dans le service du Professeur DEBRE le 12 avril 1941 pour une tuméfaction volumineuse de la région sous-maxillaire gauche.

La maladie a débuté un mois auparavant par une douleur à la gencive en regard de la première molaire inférieure gauche et par une augmentation de volume de la région sous-maxillaire de ce côté; le tout accompagné de fièvre entre 38° et 39°.

Les jours suivants la température se maintient autour de 39°, la tuméfaction s'accroît. Le médecin constate au niveau de la première molaire inférieure gauche, gravement cariée l'existence d'un abcès avec une réaction inflammatoire telle qu'elle lui fait craindre un phlegmon du plancher de la bouche. Puis l'inflammation se localise; le 6 mars, se fait, en regard de la dent cariée l'ouverture spontanée de l'abcès gingival par laquelle il s'écoule très peu de pus. Mais malgré propidon et vaccins la tuméfaction sous maxillaire augmente, indolore, alors que la température décrit des oscillations tantôt autour de 38°, tantôt au-dessus de 39°. L'état général est peu altéré, l'enfant n'a pas faim, maigrit un peu.

Le 7 avril, un mois après le début, on essaie de ponc-

tionner la tuméfaction sans rien retirer. A la même époque une formule sanguine montre l'absence d'anémie et une leucocytose normale : 5.600 globules blancs dont 74 % de polynucléaires et 26 % de lymphocytes. Enfin une radiographie montre un soulèvement probable du périoste au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Au début d'avril l'enfant est examinée par un chirurgien qui ne juge pas à propos d'intervenir et l'envoie au service de stomatologie des Enfants-Malades. Là on juge que les lésions dentaires ne suffisent pas à expliquer une adénite de cette importance et le docteur LEPOIVRE fait entrer la fillette dans le service de M. DEBRE.

Rien à signaler dans les antécédents. L'enfant a toujours été bien portante jusque là. Elle vit à la campagne, dans une ferme dans la Marne. Ses parents sont bien portants, personne ne tousse autour de la fillette.

A l'examen, le 12 avril on est frappé par une énorme tuméfaction ganglionnaire bien localisée à la région sous-maxillaire gauche, avec quelques ganglions disséminés le long de la chaîne carotidienne du même côté. L'ensemble est absolument indolore, dure, n'adhère pas à la peau qui reste normale — présente tous les caractères d'une adénite froide n'ayant pas tendance au ramollissement.

Dans la bouche d'autre part on découvre deux ordres de lésion.

D'une part une carie profonde de la première molaire de lait. Elle n'est ni douloureuse ni mobile mais sur sa face externe, son rebord gingival est décollé par un petit pertuis, dans lequel un stylet peut être enfoncé assez profondément sans éveiller aucune douleur.

D'autre part, en regard de cette dent, à son collet, est apparue une petite ulcération linéaire en coup d'ongle de deux à trois mm. de largeur. Cette ulcération est rouge vif, ne saigne pas mais présente quelques granulations blanchâtres dans son fond. Les bords en sont surélevés, l'indolence est absolue.

Enfin le toucher intra-buccal montre une boursoufflure importante du bord inférieur du maxillaire, à gauche, en regard de ces lésions.

Le reste de l'examen viscéral est normal. En particulier il n'existe pas d'autre adénopathie : le côté droit est indemne de tout ganglion.

La cuti-réaction tuberculinique est positive. L'intégrité absolue des poumons est vérifiée aux rayons à plusieurs reprises par M. MIGNON. La numération globulaire montre une anémie légère avec leucocytose normale et la radiographie du maxillaire un soulèvement du périoste au niveau du bord inférieur de l'os sans zone de décalcification.

En résumé, à la suite d'un abcès gingival en rapport avec une carie dentaire et qui laisse une fistule punctiforme, apparition d'une énorme adénopathie sous maxillaire, d'une ulcération gingivale et d'une périostite du maxillaire de caractère froid et indolore.

Les jours suivants, la tuméfaction ganglionnaire s'accroît encore, l'ulcération s'étend, atteint la taille d'une pièce de 50 centimes, avec un contour semi lunaire. La muqueuse gingivale est décollée, mettant à nu une portion du rempart alvéolaire. L'indolence est toujours remarquable, la fièvre à larges oscillations 37° le matin, 38° à 39° le soir.

Le 21 avril le produit de râclage de l'ulcération, du volume d'un grain de blé est inoculé directement dans la cuisse de deux cobayes après émulsion dans 2 cm³ d'eau physiologique. Le même jour nous inoculons dans les mêmes conditions une goutte de sérosité obtenue par ponction du ganglion sous-maxillaire. Dix-huit jours après l'inoculation, tous les animaux réagirent par une papule et un épaississement à l'injection intradermique de tuberculine brute diluée au 1/10. Ces quatre cobayes sacrifiés au bout de 50 jours présentaient à l'autopsie : un abcès au point d'inoculation accompagné de ganglions hypertrophiés et caséifiés, et de lésions discrètes de tuberculose sur le foie, la rate et les poumons. Dans les deux cas, les broyages des ganglions sous-lombaires, qui contenaient à l'examen direct des bacilles acido et alcool-résistants ont étéensemencés sur milieu de Löwenstein glycérimé à 5 %.

Par ailleurs on pratique aussi une biopsie gingivale et M. NORMAND trouve une tuberculose folliculaire, fibro-caséuse, ulcéreuse avec réaction inflammatoire étendue.

Le 4 mai, l'enfant sort de l'hôpital dans un état général satisfaisant mais sans modification de l'état local.

Notre confrère le Docteur Paul LEVEQUE de Lagny, qui suivit la malade à sa sortie de l'hôpital nous a appris qu'après une chute passagère de la température, l'enfant a présenté des vomissements fréquents, des troubles de la vue, de la somnolence. La raideur est apparue rapidement et l'enfant a succombé à une méningite tuberculeuse typique le 27 avril 1941, deux mois après le début de la maladie.

OBSERVATION III

L'enfant Jacqueline B..., 13 ans, vient consulter à la fin d'août 1941 aux Enfants-Malades pour une volumineuse tuméfaction de la région sous angulo-maxillaire droite.

Celle-ci a débuté de façon insidieuse autour du 15 août. En quinze jours elle grossit de façon importante en même temps qu'elle devient douloureuse à la pression. Elle s'accompagne durant quelques jours de douleurs au niveau des molaires inférieures droites. Puis les douleurs cessent mais la tumeur augmentant de plus en plus, l'enfant va consulter dans le service de stomatologie de l'hôpital des Enfants-Malades. L'évolution de cette adénite a été apyrétique, mais elle s'est accompagnée de fatigue, de pâleur, d'anorexie et d'un certain degré d'amaigrissement.

Dans le service du DOCTEUR GORNOUEC, M. LEPOIVRE, qui voit l'enfant, découvre en regard de la deuxième grosse molaire inférieure droite une ulcération gingivo-jugale et nous envoie la fillette aux fins d'examen.

Le 30 août 1941 on note la présence de ganglions du volume d'une amande siégeant les uns dans la région sous-maxillaire droite, les autres plus en arrière, séparés des premiers par un sillon, dans la région sous-angulaire. Ganglion durs, sans périadénite.

Dans la bouche, en regard de la dent de 12 ans qui est saine, dans le fond du sillon gingivo-jugal, on voit une ulcération ovale, profonde de quelques millimètres. Le fond est propre, rosé; une fois essuyé il laisse

voir une série de fines granulations blanchâtres. Les bords en sont nets, réguliers et légèrement surélevés. La palpation révèle une induration très nette en surface, facilement appréciable dans la portion qui intéresse la muqueuse jugale. Fait remarquable : l'indolence est absolue.

Les dents sont saines, elles ont terminé leur évolution.

La radiographie du maxillaire ne montre aucune lésion de l'os.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive — et les clichés pulmonaires sont parfaitement normaux. La rate est palpable et un peu dure.

En résumé, chez une enfant de 12 ans, existence, en regard de la deuxième grosse molaire droite, exempte de carie, d'une ulcération s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie satellite, l'ensemble étant indolore et n'entraînant pas de réaction fébrile.

Désirant obtenir une biopsie de la lésion muqueuse nous adressons l'enfant au chirurgien. Par suite d'une erreur, qui heureusement n'eut pas de suites fâcheuses une des masses ganglionnaires fut prélevée. A l'endroit de la plaie cutanée on vit se développer une ulcération tuberculeuse typique avec bords décollés et violacés tandis que les coupes de la pièce, faites par M. NORMAND montraient des lésions très étendues de tuberculose nodulaire fibro-caséuse avec un semis de nombreux follicules récents.

Un cobaye est inoculé avec une émulsion de la sérosité obtenue par râclage de l'ulcération gingivale. Cet

animal, après avoir réagi à la tuberculine est sacrifié un mois plus tard et son autopsie nous montre une tuberculose généralisée discrète avec abcès au point d'inoculation et ganglions satellites hypertrophiés et caséifiés. Un broyage de rate et de ganglions sous-lombaire est traité par l'acide sulfurique à 15 % pendant 15 minutes etensemencée après neutralisation sur 6 tubes de milieu de Löwenstein.

Le 25 octobre une série d'accidents infectieux éclatent : une conjonctivite avec larmolement, congestion violente, photophobie et dépôts purulents au coin de l'œil; un impétigo du seuil narinaire. La muqueuse et la peau sont recouvertes de croûtelles qui, enlevées montrent une muqueuse érodée. Les lèvres mêmes sont atteintes d'une chéilite inflammatoire avec perlèche commissurale. L'examen du pharynx montre des amygdales volumineuses et infectées. Toutes ces lésions réalisent l'aspect classique de la scrofule.

Lorsque l'enfant sort de l'hôpital, le 29 décembre 1941 elle présente encore des traces d'impétigo. L'ulcération gingivale a légèrement rétrogradé mais elle se voit encore parfaitement, la plaie cutanée s'est guérie en deux mois environ, mais les ganglions n'ont pas disparu. L'état général reste bon.

Notons, pour terminer, que l'enfant vit à la campagne, en Seine-et-Marne, dans une ferme au milieu de gens bien portants.

OBSERVATION IV

La fillette, 12 ans 1/2 est envoyée à la polyclinique de l'hôpital des Enfants-Malades, par le Docteur LEPOIVRE pour une adénopathie sous-maxillaire, en février 1942.

L'affection a débuté un an auparavant par un abcès de la première molaire inférieure gauche, s'accompagnant d'adénite sous-mentale. L'abcès siège au niveau d'une dent gravement cariée, il est douloureux, s'accompagne de fièvre. Il évolue vers la régression en un mois environ, après que l'enfant ait arraché elle-même sa dent malade. Mais l'adénite sous mentale continue d'évoluer, s'étendant en arrière vers le sterno mastoïdien, cette fois ci sans douleur, sans fièvre, sans même de fatigue appréciable.

L'enfant a eu la varicelle et la rougeole mais aucune maladie grave. Elle vit à Paris avec ses parents bien portants. Elle passe ses vacances chez ses grands-parents, dans une ferme. On ne lui a jamais fait de cuti-réaction.

A l'examen de cette enfant normalement développée et en bon état général on constate :

D'une part l'existence d'une adénopathie sous mentale du côté gauche. Petite chaîne de ganglions dont un est plus gros que les autres, qui, descendent, en arrière, le long du muscle cléido-mastoïdien, ganglions durs parfaitement indolents, sans périadénite et strictement unilatéraux.

D'autre part, dans la bouche, au niveau du sillon gin-

givo-jugal, à gauche, en regard de la première prémolaire inférieure une petite ulcération, allongée le long du sillon, tranchant peu sur la couleur de la muqueuse environnante, peu creusée, avec des bords, surtout l'externe, légèrement surélevés et soulignés par un fin liseré blanchâtre. Elle est parfaitement indolore; la pression en fait sourdre une goutte de pus et permet d'apprécier l'induration très légère de la base; le fond en est propre mais parsemé de petits points blancs.

Le reste de l'examen viscéral est normal, la rate n'est pas hypertrophiée. Mais la cuti-réaction à la tuberculine est positive, par contre un cliché des poumons montre leur intégrité totale.

Pendant le séjour de l'enfant dans le service l'adéno-pathie évolue vers le ramollissement. Le 10 mars la peau qui recouvre une masse ganglionnaire est violacée en un point. A ce niveau le ganglion est ramolli, fluctuant, il voisine avec d'autres ganglions restés durs et rénitents. On pratique une ponction du ganglion ramolli avec les précautions habituelles. Le pus ramené contient des bacilles acido-alcoolo résistants décelables dès l'examen direct. On ensemence directement sur milieu à l'œuf et on inocule deux cobayes par la voie sous-cutanée. Ces animaux ont présenté dès le trentième jour un ganglion inguinal externe de la grosseur d'un petit pois. Un premier animal sacrifié au bout de 45 jours nous a montré un tableau de tuberculose généralisée assez avancée. Le caséum du ganglion sous lombaire a été ensemencé directement sur milieu de Löwenstein. Par contre les cobayes inoculés avec le produit de râclage de l'ulcération gingivale, éprouvés régulièrement à la tuberculine jusqu'à ce jour, n'ont pas réagi et leur état général est excellent.

Pendant ce temps l'enfant est apyrétique et son état général reste bon mais on est obligé de ponctionner de nouveau le ganglion à trois reprises jusqu'au 30 mars. La fillette sort de l'hôpital le 3 avril dans un état stationnaire.

Le 20 avril elle revient se faire ponctionner son ganglion mais le 27 avril elle revient à la consultation avec une fistule datant de la veille au soir.

Durant cette période l'ulcération gingivo-jugale s'est peu modifiée. Elle n'a pas changé de volume, ni d'aspect; elle ne présente plus le semis de petits points blancs qu'on voyait à sa surface et la pression n'en fait plus sourdre de pus.

Le 1^{er} mai on tente de ponctionner une nouvelle fois la masse ganglionnaire intérieure car il s'écoule peu de pus par la fistule alors que le ganglion est ramolli, fluctuant sur une large surface avec une peau très fine et violacée qui menace de s'ulcérer en d'autres points; mais on ne peut ramener de pus.

Un placement est actuellement en cours pour Hendaye où l'enfant doit partir prochainement.

CHAPITRE PREMIER

S Y M P T O M E S

Les quatre observations précédentes présentent dans leur évolution d'ensemble des caractères assez nets pour que nous essayions de réunir leurs grands traits dans une commune symptomatologie.

Deux fois le début est assez particulier. Au milieu de fièvre, de douleurs et de signes inflammatoires, s'installe, au point qui sera ultérieurement le siège de l'ulcération un véritable « abcès ». La fièvre, le mauvais état général, la tuméfaction sont si importants qu'on craint une grave lésion locale et qu'on envisage un traitement chirurgical.

D'autre fois la maladie débute cliniquement par l'augmentation de volume des ganglions puis l'adénopathie s'accroît silencieusement, s'étend en surface; c'est pour elle que l'enfant vient consulter. A ce moment on découvre l'ulcération muqueuse.

Cette ulcération a des caractères bien particuliers. Peu creusante elle n'est pas inflammatoire, sauf à la

période tout initiale. Elle tranche peu sur le reste de la muqueuse; elle est régulière, ovalaire allongée le long du sillon gengivo-jugal et il faut écarter la joue pour la bien voir.

Parfois elle siège seulement sur la gencive, débutant au collet de la dent toujours au niveau d'une molaire soit en haut, soit en bas. Son fond est propre, ne suinte pas mais offre parfois un semis de petits points blanchâtres et laisse sourdre une goutte de pus lors de la pression. Ses bords sont légèrement surélevés, la base est un peu indurée. L'ensemble est absolument indolore de sorte qu'il faut rechercher systématiquement cette lésion dont le malade ne s'est pas aperçu.

Elle est accompagnée d'une adénopathie satellite qui a tous les caractères d'une adénite froide.

La tuméfaction ganglionnaire est volumineuse. Elle occupe d'abord la région sous maxillaire, s'étend le long du bord inférieur de l'os puis il apparaît souvent une deuxième masse formée de ganglions sous angulo-maxillaire et carotidiens et séparée de la première par un sillon net. Ces tumeurs sont irrégulières formées de ganglions plus ou moins volumineux, sans périadénite, dont on apprécie la fermeté ou la tendance au ramollissement. Cette adénite est absolument indolore, elle évolue, comme nous le redirons vers la fistulisation. Enfin elle est strictement localisée, satel-

lite de l'ulcération — toujours unilatérale et les autres aires ganglionnaires sont indemnes.

Parfois ces manifestations résument la maladie. Tout au plus note-t-on un léger fléchissement de l'état général; l'enfant n'a pas faim, maigrit un peu.

D'autres fois la fièvre est élevée et oscillante par périodes, alternant avec des intervalles de bonne santé apparente.

Le reste de l'examen viscéral n'apprend rien, dans un cas la rate était palpable et a diminué de volume dans les jours suivants.

Très importants par contre sont les examens radiologiques des poumons. Ces enfants ont en effet une cuti-réaction positive à la tuberculine et il importe de pratiquer des radiographies en série pour surveiller leur état pulmonaire. Or il n'existe aucune lésion visible aux rayons. A aucune époque de la maladie on ne trouve dans le poumon le « complexe primaire » d'ino-culation tuberculeuse, ni aucune séquelle de ce foyer.

Enfin la numération globulaire et la formule sanguine sont normales, on ne note pas d'hyperleucocytose, l'équilibre des globules blancs est en général respecté.

Il peut exister une périostite associée du maxillaire qui se traduit par une augmentation de volume localisée de l'os, perceptible au toucher buccal et visible à la radiographie.

CHAPITRE II

EVOLUTION

Ainsi constituée la maladie évolue sur le mode chronique sans grandes modifications locales.

L'ulcération elle-même ne se modifie pas, elle s'étend peu, ne dépasse guère la longueur de la dent en regard de laquelle elle a débuté — mais elle persiste, toujours indolore, pendant des mois, plus d'un an dans l'observation IV.

L'adénopathie, après avoir beaucoup augmenté de volume, se ramollit. La fluctuation remplace la fermeté du début, la peau s'amincit, devient violacée à ce niveau. Si on ne ponctionne pas, la fistulation se fait, et la plaie laisse sourdre indéfiniment quelques gouttes d'un pus tuberculeux.

Sur ces lésions locales peut éclore une scrofule typique : volumineuse adénite cervicale froide et impétigo facial envahissant les conjonctures, les narines, le pourtour des lèvres, les oreilles.

D'autres fois se constitue rapidement, dans les trois mois qui suivent, une méningite tuberculeuse, sans que les lésions locales se soient modifiées et sans qu'il y ait à aucun moment de tuberculose pulmonaire cliniquement décelable.

D'autres fois enfin l'ulcération se limite, se comble en partie, l'adénopathie régresse, ne se fistulise pas, l'état général reste bon — c'est une stabilisation des lésions sans qu'on puisse parler de guérison vraie.

CHAPITRE TROISIÈME

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette maladie a soulevé pour nous des problèmes relativement difficiles la première fois que nous l'avons rencontrée. Elle nous semble cependant présenter des caractères cliniques assez tranchés pour permettre de la reconnaître, une fois éliminées d'autres affections du même siège.

La première idée qui vient à l'esprit est de relier cette volumineuse adénopathie à *une affection d'origine dentaire.*

Un accident de désinclusion d'une dent est rapidement éliminée mais

L'infection à germes banaux à point de départ dentaire nous arrête plus longtemps. En effet les phénomènes inflammatoires qui marquent parfois le début de l'affection, la douleur dentaire, l'abcès, la périostite dans un cas, évoquent une infection, à pyogènes banaux. Cependant l'adénopathie n'est pas inflammatoire, l'indolence est remarquable l'ulcération gingivale

persistante avec son allure froide ne s'explique pas. Enfin l'examen du spécialiste infirme ce diagnostic : dans certains cas il n'y a pas même de carie dentaire. Dans d'autres, pas « d'abcès » d'origine dentaire, rien à la radio de la dent.

Une maladie du sang peut être discutée en présence de cette ulcération buccale torpide, de cette adénopathie importante auxquelles se joignent parfois de la fièvre et un certain degré d'anémie.

Mais l'adénite est strictement localisée, il n'y a pas de splénomégalie durable, enfin la formule sanguine est normale.

Le chancre syphilitique n'est guère vraisemblable à cet âge de la vie. D'ailleurs l'ulcération spécifique est plus colorée, plus dure, elle guérit vite. L'adénopathie est moins importante, moins empâtée. Enfin les réactions sérologiques sont négatives ici.

La tuberculose est seule capable de réaliser ces lésions torpides, cette ulcération propre qui ne veut pas guérir, cette énorme adénopathie qui évolue vers la fistulisation et qui reste indolore. La clinique nous aiguille déjà, le laboratoire nous apporte les preuves.

Il est extrêmement facile de faire, par râclage un prélèvement de l'ulcération gingivale. Très souvent l'examen du prélèvement après homogénéisation met

en évidence le bacille de Koch. Si l'examen direct est négatif, l'inoculation du produit de râclage doit être pratiquée au cobaye. De même on peut toujours pratiquer une ponction exploratrice du ganglion. Avec les précautions habituelles cette exploration est d'une innocuité absolue, elle présente même un intérêt thérapeutique puisqu'on est parfois amené à répéter l'opération pour éviter la fistulisation du ganglion. Le pus ainsi recueilli tuberculise le cobaye en 3 semaines, comme le produit de râclage de la lésion buccale, en donnant les lésions habituelles de la tuberculose expérimentale. A partir des lésions développées sur l'animal on peut alors cultiver le microbe pour rechercher son origine, point très intéressant sur lequel nous reviendrons.

Un autre moyen nous est offert d'affirmer la nature tuberculeuse de l'ulcération et de son adénopathie satellite, c'est de pratiquer une biopsie gingivale. Nous l'avons fait dans l'observation I et les coupes nous ont montré des lésions de tuberculose folliculaire et ulcéreuse. Nous voulions le faire pour la deuxième malade à laquelle fut faite, par erreur, une biopsie de ganglions qui présentaient également des lésions de tuberculose nodulaire avec semis folliculaires. Mais nous pensons, avec M. DEBRE qu'il vaut mieux s'abstenir de pratiquer ces biopsies de la lésion buccale. Le traumatisme peut être un agent de dissémination lymphatique et le danger de cette pratique

s'appose à l'innocuité absolue du râclage de l'ulcération ou de la ponction ganglionnaire. Comme ces méthodes suffisent à mettre en évidence l'agent causal de la maladie nous rejetons définitivement les autres.

Ainsi donc nos malades présentaient une ulcération gingivale et une adénopathie satellite dont la nature tuberculeuse n'est pas discutable.

Or il existe chez le tuberculeux avéré des ulcérations par auto-inoculation tuberculeuse. Ce n'est pas le cas ici.

En effet cliniquement l'aspect des ulcérations du tuberculeux reconnu est tout différent. Les lésions sont déchiquetées, souples douloureuses alors que les ulcérations de nos enfants sont régulières propres, indurées et indolores. Chez le tuberculeux qui tousse et crache les ulcérations siègent d'ailleurs n'importe où dans la cavité buccale et non au contact d'une dent comme dans nos observations.

Cette individualité clinique est déjà frappante. Bactériologiquement les ulcérations de nos malades présentent une richesse extrême en bacille de Koch qu'on ne retrouve pas dans les lésions de tuberculose secondaire. De même, à la coupe, l'abondance des follicules, la présence de follicules jeunes caséux, plaident en faveur d'une primo-infection.

Nous ne pouvons malheureusement pas — les cir-

constances ne s'y sont pas prêtées — apporter pour chaque cas la preuve irréfutable d'une primo-infection : le virage de la cuti-réaction à la tuberculine. Tous nos malades présentaient lorsque nous les avons vus une cuti-réaction positive. Dans un cas toutefois, le premier, la cuti-réaction était négative 17 jours avant que nous voyions l'enfant c'est donc bien à la première manifestation tuberculeuse que nous avons assisté.

D'ailleurs dans aucune de nos observations on ne retrouve de trace pulmonaire de la primo-inoculation bacillaire — toutes les radiographies thoraciques sont et restent normales pendant toute l'évolution de la maladie.

Une de nos enfants a présenté dans les mois qui ont suivi, alors même que l'ulcération était encore parfaitement visible une éclosion d'accidents diffus de conjonctivite, d'impetigo varinaire qui résument le tableau depuis longtemps classique de la scrofule.

Chez deux de nos malades enfin nous avons à déplorer la terminaison par méningite tuberculeuse. Celle-ci est survenue de deux à trois mois après le début des accidents — ce qui est en accord avec ce que WOLLGREN et DEBRE ont écrit sur la date d'apparition de la méningite terminant l'évolution d'une primo-inoculation tuberculeuse.

Ces arguments tirés de l'évolution donnent à nos

yeux une grande valeur à l'interprétation que nous proposons de ces accidents muqueux.

Nous sommes donc en présence d'un chancre gingival de primo-inoculation tuberculeuse accompagné de son adénopathie satellite caséuse.

On ne peut manquer de remarquer, une fois de plus, la parfaite unité anatomoclinique des lésions réalisées par le premier contact infectant du bacille de Koch dans l'organisme humain : chancre pulmonaire et adénopathie médiastinale; chancre cutané ou muqueux et adénopathie satellite.

L'identification de cette maladie nous apparaît donc tout à fait légitime. Ce chancre n'est certes pas fréquent. A la séance de janvier 1942 de la Société de Pédiatrie où M. THIEFFY a présenté les quatre observations que nous avons rapportées, le Professeur CATHALA en a exposé une et M. LEMERLE dit en avoir noté sept cas en vingt ans de pratique stomatologique à l'hôpital Trousseau. Il n'est cependant pas exceptionnel puisque depuis que notre attention a été attirée sur cette localisation nous avons pu, avec la collaboration des stomatologistes avertis, en découvrir trois dans l'espace de quelques mois.

Il en est de cette localisation muqueuse comme des autres localisations extra-pulmonaires. Nous ne ferons que rappeler l'évolution des idées concernant les chan-

res cutanés. D'abord considérés comme exceptionnels et dignes de publication, ils sont aujourd'hui assez souvent rencontrés et non publiés.

CHAPITRE QUATRIEME

PATHOGENIE

Il faut immédiatement se demander pourquoi ces accidents sont si rares, alors que les chancres de contamination sont relativement fréquents.

Y a-t-il lieu d'envisager le rôle de la dent comme porte d'entrée du bacille ? Hypothèse à rejeter car, si dans une de nos observations la dent au contact de l'ulcération était le siège d'une carie, par contre dans les autres, la denture était en parfait état. De l'avis même de spécialistes, même dans le cas de lésion dentaire associée on ne peut admettre un rapport de cause à effet entre la carie et l'ulcération. La dent enlevée ne présente aucune lésion de son apex. On sait d'ailleurs que certains auteurs : CORNET et ODENTHAL, MENDEL empruntant la voie dentaire pour l'inoculation de produits tuberculeux ont reproduit sur l'animal des affections expérimentales très différentes de celles ici rapportées.

C'est donc bien la muqueuse qui fut le point d'en-

trée des bacilles tuberculeux et c'est là précisément ce qui mérite attention. L'expérience montre l'indifférence habituelle de nos diverses muqueuses vis-à-vis du bacille tuberculeux. Tous les travaux de Calmette et de son école ont démontré que la muqueuse des voies digestives se laisse traverser par le bacille sans production d'aucune lésion locale. Lorsqu'on fait ingérer à des cobayes le virus tuberculeux mélangé aux aliments on peut déclencher des lésions tuberculeuses qui, suivant la virulence de la contamination, demeurent dans les ganglions mésentériques ou apparaissent d'emblée dans les poumons. De même dans les expériences sur la morve, si on fait ingérer au cheval une petite quantité de bacilles morveux mélangés à l'eau de boisson, on produit sûrement des lésions de morve pulmonaire à tubercules, alors qu'il est impossible de donner la morve pulmonaire au cheval par inoculation cutanée ou sous-cutanée, non plus qu'en introduisant le bacille directement dans la trachée ou par inondation des alvéoles. Dans tous ces cas, les microbes traversent la muqueuse intestinale sans y laisser la moindre trace de leur passage. Les mêmes faits ont été observés au niveau de la bouche chez le cobaye ou le lapin. Or, ici, c'est le contraire qui se produit. Le bacille tuberculeux pénétrant dans la muqueuse gingivo-jugale, y détermine des accidents locaux de primo-infection : chancre muqueux et adénopathie satellite. Secondai-

rement la tuberculose peut se généraliser et la mort survenir par méningite tuberculeuse mais on n'observe pas de localisations pulmonaires prédominantes.

Il faut donc dans ces cas qui échappent à la loi biologique générale, trouver une explication. On ne peut qu'évoquer certaines conditions locales favorisantes. L'évolution dentaire ; chute de la dent de lait, poussée de la dent de douze ans, peuvent dans une certaine mesure, expliquer la faillite de la défense locale.

Peut-on invoquer une agression microbienne quantitativement ou qualitativement particulière ? Nous ne savons pas, dans l'ignorance où nous sommes du processus même de la contamination.

Cependant nous ne pouvons manquer d'insister sur le résultat des examens bactériologiques. Dans toutes nos observations (sauf l'observation IV pour laquelle l'identification du germe n'est pas terminée) c'est le bacille bovin qui fut identifié à la fois dans l'ulcération et les ganglions. Le fait est assez rare en France pour qu'on le signale et apporte ici les résultats plus complets de nos recherches dues au Docteur COSTIL.

CHAPITRE CINQUIEME

EXAMENS BACTERIOLOGIQUES

Ensemencées sur milieu de Loëwenstein, les colonies de bacilles tuberculeux sont apparues tardivement de 30 à 38 jours après l'ensemencement. Toujours en nombre restreint, elles sont d'abord très petites visibles seulement à la loupe et ne dépassant pas après plusieurs semaines, les dimensions de 3 mm. de diamètre. Elles ont une forme hémisphérique à surface régulière, luisante et humide, brillante et lisse. Elles se laissent émulsionner dans l'eau physiologique. La coloration par la méthode de Ziehl montre des bacilles courts, non granuleux, uniformément colorés.

Nous avons observé ces colonies dans nos trois premières observations, chaque fois en partant du pus ganglionnaire et du prélèvement gingival. Pour la quatrième cas, les cultures directes à partir du pus ganglionnaire ont échoué. Les cultures à partir des ganglions sous-lombaires des cobayes tuberculisés sont en cours mais il est encore trop tôt pour avoir une idée de la variété du germe étudié.

Les circonstances actuelles ne nous ont pas permis l'identification de nos germes par l'inoculation au lapin. Elle doit pourtant être faite toutes les fois qu'il est possible. Emulsionné dans le l'eau physiologique, on inocule 1/100^e à 1/1000^e de mgr. du produit de culture primaire, dans la veine marginale de l'animal. Il succombe entre la cinquième et la huitième semaine de tuberculose généralisée, alors qu'il résiste à l'inoculation de la même dose du bacille humain.

Cependant dans notre cas, le retard dans l'apparition des colonies sur milieu à l'œuf glycérimé, les caractères de la culture et la morphologie des germes isolés nous autorisent à les ranger dans la catégorie des bacilles bovins.

Ainsi nos enfants ont contracté une tuberculose à bacilles bovins. La contamination alimentaire est très vraisemblable pour deux de nos observations qui concernent de petits campagnards vivant dans des fermes de l'Ile-de-France. Dans les deux autres cas, notons que les enfants passent régulièrement leurs vacances dans les mêmes conditions chez leurs grands-parents. L'interrogatoire nous a donné des renseignements contradictoires, mais il reste logique d'incriminer le lait cru ou insuffisamment bouilli.

CHAPITRE SIXIEME

PRONOSTIC

La rareté de cette forme d'invasion tuberculeuse ne nous permet pas, faute d'expérience d'avancer un pronostic. Après avoir longtemps jugé comme très fâcheuses les inoculations tuberculeuses cutanées, le Professeur DEBRE pense maintenant que leur pronostic est moins sombre qu'on ne le craint en général.

Pour ce chancre muqueux, on doit déplorer deux morts sur quatre cas; mort rapide dans les trois mois qui suivent la contamination, par méningite tuberculeuse.

Chez les deux autres enfants, la maladie évolue depuis longtemps sans complication. L'une d'elle, qui a fait une scrofule, nous a quittés en bon état après cinq mois d'évolution. L'autre est partie pour Hendaye avec son adénite fistulisée au bout d'un an et demi d'évolution. Nous ne pouvons que réserver notre pronostic en continuant à les observer.

CHAPITRE SEPTIEME

TRAITEMENT

Comme dans toute tuberculose extra-pulmonaire, l'abstention opératoire est la règle. Il ne faut intervenir d'aucune façon sur le foyer gingival non plus que sur les ganglions. Eviter même la biopsie de l'ulcération. Se borner à entretenir la bouche en parfait état de propreté. Si l'adénite tend à se fistuliser, ponctionner les ganglions avec toutes les précautions habituelles. Nous n'avons pas injecté de substances modificatrices.

On appliquera, d'autre part, les règles hygiéno-diététiques habituelles: placement des enfants à la campagne, bonne alimentation, repos. Enfin, on n'oubliera pas qu'il s'agit d'une primo-inoculation tuberculeuse, qui, même si des lésions locales s'améliorent rapidement, doit être suivie attentivement pendant plusieurs années pour éviter les généralisations ou les réinfections dangereuses.

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S
